

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

125

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marc VACHER

Né le 27 Juin 1907, à LAMAZIÈRE-BASSE (Corrèze)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU MÉSÉNTÈRE

Président : Monsieur PROUST, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marc VACHER

Né le 27 Juin 1907, à LAMAZIÈRE-BASSE (Corrèze)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU MÉSÉNTÈRE

Président : Monsieur PROUST, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale.....	Maur. VILLARET.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	ACHARD.
Clinique des maladies des enfants.....	BEZANÇON.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	CARNOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses.....	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale.....	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique.....	GOUGEROT.
Clinique urologique.....	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements.....	LEMIERRE.
Clinique gynécologique.....	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale.....	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TERRIER.
Clinique propédeutique.....	MARION.
Clinique de la Tuberculose.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	COUVELAIRE.
Professeurs sans chaire.....	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.	FEY
BENARD Henri. Pathologie médicale.	GALLIARD
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GASTINEL
BOULIN	GATELLIER
BROCQ	DE GAUDART
BULLIARD	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA	GAYET
CHABROL	GIROUD
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HAGUENAU
DOGNON	HALPHEN
DONZELOT	HAZARD
	Urologie.
	Parasitologie.
	Bactériologie.
	Pathologie chirurgicale.
	Pathologie chirurgicale.
	Physiologie.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie.
	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
CHIRAY	
DUVOIR	
BASSET	
HEITZ-BOYER .	} Clinique chirurgicale
MOCQUOT	
SCHWARTZ	

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER....	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au Champ d'Honneur.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

En remerciement du très grand
honneur qu'il nous a fait de présider
cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Modeste témoignage de gratitude
pour le très aimable accueil qu'il
nous a toujours réservé.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE TOULOUSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR REMOND

MESSIEURS LES DOCTEURS AUDRY, DAMBRIN,
MERIEL ET TAPIE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR LORTAT-JACOB
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNK-BRENTANO
Accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Beaujon

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX D'ORLÉANS

Qui m'ont guidé de leurs conseils
et soutenu par leur exemple pendant
mes quatre années d'Internat.

A MONSIEUR JEAN PERGOLA
Interne des Hôpitaux de Paris

Témoignage de reconnaissance pour
sa collaboration et ses conseils si pleins
de tact.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DU MESENTÈRE

Historique

Les kystes du mésentère sont connus depuis fort longtemps. Autrefois, toute tuméfaction abdominale chez la femme était rapportée à la grossesse et les plus anciennes observations de tumeurs mésentériques ont été fournies par l'autopsie de femmes que l'on croyait enceintes (HORSTIUS, TULPIUS).

Au XV^e siècle, BENEVIENI, de Florence, découvre une tumeur du mésentère à l'autopsie d'un enfant.

SYDENHAM, en 1723, mentionne des tumeurs du mésentère chez l'enfant.

MORGAGNI consacre de longs développements aux tumeurs du mésentère.

Mais, c'est PORTAL qui, en 1803, fournit une étude réellement intéressante de ces tumeurs, qu'il divise en : tumeurs squirrheuses, stéatomateuses, pierreuses, cancéreuses et hydatiques.

PÉAN, en 1880, consacre un chapitre aux tumeurs du mésentère, mais il n'en montre pas tout l'intérêt anatomico-chirurgical ; il ne fait qu'une étude de ces tu-

meurs en fonction des erreurs de diagnostic qu'elles déterminent.

La première thèse parue sur la question est celle de COLLET, soutenue à Paris en 1884 et inspirée par TILLAUX.

Puis, vint en 1886, la remarquable thèse d'agrégation d'AUGAGNEUR. Cet auteur fait une parfaite mise au point de la question et précise la pathogénie, l'anatomie pathologique et les symptômes, mais le traitement n'est pas encore envisagé dans ce travail.

Dès lors les travaux se multiplient. Signalons ceux d'AREKION et DEFFAINES, BÉRARD, BINAUD, BRAQUEHAYE, TERRILLON.

TERRIER et LECÈNE précisent des points importants de la pathogénie de ces tumeurs dans un article publié en 1904 dans la *Revue de Chirurgie*. Mais le travail le plus complet sur cette question est celui de MM. PROUST et R. MONOD, paru en 1912 dans la « *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* ». Ces auteurs précisent le traitement chirurgical de ces tumeurs et leur étude est encore d'actualité, car depuis n'ont été publiées que des observations éparses à la Société de Chirurgie de Paris, observations qui sans doute ont suscité des discussions intéressantes, mais qui n'ont fait que renforcer les données apportées par MM. PROUST et R. MONOD, dans leur article de 1912.

Nous n'envisagerons dans cette étude que les vrais kystes du mésentère, à l'exception des kystes de voisinage et des kystes parasitaires — kystes hydatiques secondaires en règle à une ecchinoccocose péritonéale — des tumeurs solides : fibromes, fibromyomes, sarcomes et lipomes du mésentère. Nous éliminerons également les kystes des autres mésos : mésocôlon, épiploon.

Etiologie

Les kystes du mésentère s'observent à tout âge de la vie.

A la lecture des observations, nous avons pu constater qu'il n'y avait pas d'âge électif pour ces tumeurs et on les rencontre depuis l'âge de 4 mois jusqu'à l'âge de 80 ans. Peut-être y a-t-il un maximum de fréquence chez l'adolescent et chez l'adulte. Ainsi, dans l'observation rapportée à la Société de Chirurgie par LÉONTÉ (de Bucarest), il s'agit d'un adolescent de 17 ans ; dans celle de MILIANITCH (de Belgrade), le malade était âgé de 29 ans ; le malade de l'observation de CHAUVENET de Thouars avait 23 ans.

La question du sexe importe peu et la femme ne semble pas plus souvent atteinte que l'homme.

Le kyste du mésentère est une tumeur rare : HIGGINS et LLOYD réunissent 25 cas dans leur publication de 1924.

Anatomie pathologique et pathogénie

Avant d'aborder ce chapitre, nous nous permettons de faire un bref rappel embryologique.

Le mésentère est une formation entièrement mésodermique. On sait que le mésoderme se clive en deux lames : l'une, externe, qui s'accolera à l'ectoderme formant la somatopleure ; l'autre, interne, qui s'accolera à l'endoderme formant la splanchnopleure. Le mésentère est représenté par la partie externe de la splanchnopleure (sa partie interne produisant l'intestin).

Cependant en arrière, il n'existe pas de clivage du mésoderme ; en ce point, la lame externe du splanchnopleure se replie et se continue avec la lame interne de la somatopleure. (Péritoine pariétal).

Il existe ainsi deux feuillets qui vont s'adosser, limitant entre eux une masse de mésoderme, d'où naîtront des vaisseaux, des lymphatiques et des nerfs.

Enfin, à la racine du mésentère se trouve de chaque côté de son insertion rachidienne la glande génitale, les conduits accolés de Wolff et de Muller. Tous ces organes pouvant être à l'origine des tumeurs congénitales.

Avec les modernes, nous étudierons par ordre de fréquence :

- 1° Les kystes lymphatiques séreux ou chyleux.
- 2° Les kystes entéroïdes ou juxta-intestinaux.
- 3° Les kystes dermoïdes (très rares).
- 4° Les kystes sanguins (discutés).

1° Les kystes lymphatiques séreux ou chyleux

Bien étudiés par DUVAL, ils sont de beaucoup les plus fréquents et constituent une classe importante des kystes du mésentère.

Les notions les plus récentes à leur sujet se trouvent dans les travaux de BAUER, de KOSTLIVY, de PORTER, de HARTWIG, d'AXTELL et de KLEMM.

Ces kystes siègent à un point quelconque du mésentère. Leur volume est extrêmement variable ; leur forme est sphérique ou ovoïde ; leur coloration brune, rose ou rosée. Ces kystes sont plus souvent pauci que multiloculaires. Ils contiennent un liquide séreux ou chyleux, fluide ou épais avec en suspension des gouttelettes graisseuses ou des aiguilles cristallines. Parfois le liquide est franchement huileux et de coloration brunâtre. Leur paroi est mince, parfois épaissie et altérée, comme on le voit dans certaines parchyvaginales. Elle est formée d'une couche conjonctive dense, doublée d'un endothélium aplati du type séreux ou lymphatique (lymphangiome kystique).

La tumeur est énucléable et sauf réaction inflammatoire il existe toujours un plan de clivage qui permet l'extirpation. Mais, le kyste adhère aux vaisseaux d'une façon intime et ce d'autant plus qu'il siège près de la racine du mésentère.

La pathogénie de ces tumeurs a été différemment interprétée.

PÉAN les assimilait à un hygroma mésentérique ; d'autres auteurs à la dégénérescence kystique d'une ancienne adénite. BRAMANN croit à une rétention siégeant dans la citerne de Pecquet. RUBESKA et WERTH admettent plus volontiers une oblitération des canaux efférents des ganglions lymphatiques. Cette théorie de kyste par rétention a été reprise par HINZ. A tous les travaux antérieurs, il ajoute quelques données nouvelles ; ses recherches personnelles lui ont permis de retrouver sur l'intestin de sujets normaux de nombreuses dilatations lymphatiques juxta-intestinales qu'il considère comme des kystes en miniature.

Mais en réalité, on doit plutôt retenir la théorie de la malformation congénitale, d'un lymphangiome (RITTER). Cette théorie appliquée aux kystes chyleux a été exposée de la manière la plus remarquable et la plus complète par KLEMM qui, pour l'étayer, a réuni 52 observations de kystes chyleux du mésentère. En résumé, il s'agit de chylangiome kystique.

Cependant, pour CUNÉO, il s'agirait d'un kyste par accollement dû au développement de débris endothéliaux dans ces zones. Cet auteur donne comme argument le siège habituel dans les zones accolées, le carac-

tère uniloculaire qui cadre mal avec la théorie du lymphangiome. L'aspect laiteux pourrait être dû à une communication lymphatique secondaire. En somme, qu'il s'agisse de lymphangiome kystique ou de kyste entéroïde, il convient de souligner des caractères communs à tous les kystes du mésentère, à savoir : leur rapport intime avec les vaisseaux intestinaux généralement éparpillés à leur surface, l'intestin et l'uretère.

2° Kystes entéroïdes

Ils ont été bien étudiés en France par TERRIER et LECÈNE. Ils siègent plus ou moins loin du rebord intestinal, mais leur siège d'élection est le mésentère de l'iléon, surtout dans la proximité du cæcum et de la région cæcale elle-même. C'est là, au point de vue chirurgical, comme au point de vue diagnostic au cours d'une opération un point important à retenir. Leur volume est en général moyen. Il s'agit en règle d'un kyste uniloculaire, contenant un liquide visqueux ou filant, jaunâtre ou brunâtre. La paroi est formée de deux couches : l'une externe, conjonctive et musculaire lisse, l'autre interne constituée par un épithélium polymorphe, le plus souvent cylindrique, parfois caliciforme avec invaginations pseudoglandulaires rappelant les glandes de Lieberkuhn et des villosités. Il existe souvent même de vraies glandes de Lieberkuhn.

Mais bien souvent les fibres musculaires manquent

dans la paroi ; elles manquaient dans le cas de BAUER ; l'épithélium ne présente pas toujours les caractères de l'épithélium intestinal.

COLMERS a colligé 39 observations d'entérokystes.

Leur pathogénie est diverse : certains naissent probablement du diverticule de MECKEL. Pour certains auteurs, il faut admettre un enclavement de l'intestin produisant un kyste par un processus analogue à celui qui forme les kystes dermoïdes sous-cutanés. Il s'agit donc de kystes juxta-intestinaux qui peuvent ainsi s'apparenter aux diverticules congénitaux de la paroi intestinale.

Le point pratique et intéressant pour le chirurgien est la possibilité de trouver dans le mésentère souvent indépendant de l'intestin des kystes qui en réalité reconnaissent une origine intestinale.

3° Les kystes dermoïdes

Les kystes dermoïdes ont été bien étudiés par CHAVANNAZ, GUYOT et PAKOWSKI.

Ce sont les kystes les plus rares et les plus bénins. Ils siègent en un point quelconque du mésentère, toujours à distance de l'intestin, au moins éloignés de 15 mm. du bord de l'anse. Parfois, sessiles, ils peuvent être pédiculés et de ce fait rendus extra-mésentériques. Dans d'autres cas, ils sont intra-mésentériques pouvant dans des cas exceptionnels gagner le tissu rétro-

péritonéal et le mésocôlon. Leur volume varie de celui du grain de chénevis à celui d'une tête de fœtus. On les trouve parfois sphéroïdes, parfois ovoïdes, de couleur blanc nacré, de consistance rénitente, pateuse, parfois fluctuante. Habituellement uniques, les kystes dermoïdes peuvent être multiples. Leur paroi est lisse, épaisse, tapissée d'un épithélium pavimenteux, rarement cylindrique, cilié ou non.

Ces kystes sont constitués comme tous les kystes dermoïdes, mais les follicules pileux et les glandes sébacées y font souvent défaut.

Uni ou multiloculaires les kystes contiennent au milieu d'un liquide séreux, mucilagineux, ou huileux, de la matière sébacée, jaune, ambrée, grumeleuse. Dans le sébum, on trouve des poils, des cheveux, des ongles, des dents et, dans les kystes de formation plus complète, du cartilage, de l'os, des éléments musculaires et nerveux. Le kyste rapporté par AHRENS contenait un estomac et 20 centimètres d'intestin ; sur la muqueuse de l'estomac, il y avait en plus deux ulcères ronds typiques.

L'origine la plus admise de ces kystes dermoïdes serait une inclusion fœtale.

4^e Kystes sanguins

C'est le sujet de la thèse de LÉVÊQUE (Paris, 1911).

Actuellement, leur entité anatomo-pathologique n'est plus admise. Il s'agit en réalité soit d'un héma-

tome traumatique enkysté, soit d'une hémorragie intra-kystique dans un kyste lymphatique à paroi épaisse. Les hématomes traumatiques sont produits soit par une contusion de l'abdomen, soit par le taxis forcé dans une hernie étranglée. Ils peuvent se produire spontanément par simple effort chez des cardiaques. (P. DUVAL).

Telles sont les variétés anatomiques des kystes du mésentère, dont deux sont à retenir tant par leur fréquence que par l'intérêt qu'elles présentent : le lymphangiome kystique et le kyste entéroïde juxta-intestinal.

Il convient d'étudier l'évolution anatomique de ces différents kystes.

Si la dégénérescence maligne n'a jamais été signalée, on a publié des cas d'infection, probablement d'origine sanguine, des cas de rupture (MOURE). Mais en général c'est l'accroissement progressif qui détermine des accidents et force à intervenir.

On doit signaler la possibilité de voir des adhérences se constituer entre la tumeur et les feuillets du mésentère ; cela se voit dans les cas d'infection et, dans ces conditions, le plan de clivage disparaît, ce qui rend la dissection du kyste délicate.

D'autre part, à mesure que la tumeur augmente, elle charge sur ses faces les vaisseaux du mésentère et les refoule à la périphérie. Elle pousse même des prolon-

gements, quand elle acquiert un grand volume à travers les lunettes vasculaires. On conçoit la possibilité de léser ces vaisseaux au cours de la libération de la tumeur, surtout si elle siège près de l'intestin, au niveau des arcades artérielles ou près de la racine du mésentère, au niveau du tronc de la mésentérique.

L'intestin également peut être lésé par le volume de la tumeur. On peut observer de l'ischémie par compression de ses vaisseaux, un certain degré de parésie intestinale par compression de ses nerfs, un refoulement en bordure et le volvulus est une complication fréquemment rencontrée de l'évolution de ces tumeurs du mésentère. Enfin, l'intestin peut être comprimé et les accidents d'occlusion représentent la complication la plus fréquente des tumeurs du mésentère (50 % d'occlusions simples, 30 % de volvulus. PICOT). . .

On comprend ainsi que dans la chirurgie des tumeurs du mésentère il faille envisager non seulement le traitement de la tumeur, mais aussi celui du segment intestinal correspondant.

Étude clinique

La symptomatologie est essentiellement variable suivant le volume et l'origine du kyste, d'où la nécessité de décrire séparément quelques types cliniques.

Nous étudierons d'abord la forme la plus fréquente : un kyste séreux de moyen volume développé lentement dans le mésentère.

La période de début, sans histoire clinique, est une phase d'attente. C'est la phase d'indolence ou de stagnation (VERNEUIL). Cette phase peut se prolonger jusqu'à l'adolescence ou jusqu'à l'âge adulte.

La période clinique commence parfois des années après l'existence du kyste. Les manifestations du kyste du mésentère peuvent être bruyantes ou insidieuses.

En règle, le début est insidieux. Les signes sont essentiellement contingents, variables : tel malade présente des signes digestifs : anorexie, vomissements, diarrhée ; tel autre présente des symptômes généraux : amaigrissement, perte de forces. Tantôt se sont des signes locaux qui ouvrent la scène clinique : augmentation de volume du ventre. Enfin, chez la femme, on peut observer des troubles génitaux : dysménorrhées, aménorrhées. Mais, bien souvent, le début est bruyant, démasqué par une redoutable complication : occlusion

ou péritonite, dont l'intervention découvre la cause. Ces complications peuvent ne pas se produire et insensiblement le malade parvient à la phase d'état.

Les signes fonctionnels à la phase d'état peuvent être inexistants ; la tumeur étant le seul signe inquiétant le malade.

Le plus souvent, ces signes fonctionnels consistent en crises douloureuses d'intensité variable, surtout post-prandiales, siégeant à l'ombilic, mais irradiant souvent vers l'hypogastre, l'épigastre, les flancs et les cuisses et même vers le dos. Ce sont des douleurs pan-radiantes, qui durent quelques heures et laissent après elles une sensation d'engourdissement bientôt suivi d'une sensation de bien-être. Parfois sourdes et continues les douleurs présentent fréquemment des paroxysmes très pénibles pour les malades.

Ces crises d'abord irrégulièrement espacées au début tendent à se rapprocher et se répètent de plus en plus, les douleurs étant chaque fois plus violentes et plus prolongées.

L'affection évolue ainsi par « bonds » (FRENTZEL) ou par « secousses » (AUGAGNEUR).

Ces douleurs traduisent une torsion de la tumeur, une coudure intestinale, ou encore un tiraillement des plexus aortiques pré-vertébraux.

Les signes digestifs sont importants dans la majorité des observations que nous avons parcourues. Chez certains malades prédominent l'anorexie, les nausées, les vomissements et surtout une diarrhée prolongée et tenace. Chez d'autres malades, on observe des débâcles

diarrhéiques entrecoupant une constipation chronique. Mais la constipation est sans doute le signe le plus constant (malade de RENDU, BIANQUI, MAUCLAIR et DÉ-SARNAUX).

Enfin, signalons chez la femme, l'atteinte des fonctions génitales ; la plupart des observations mentionnent en effet des troubles menstruels pouvant aller de la dysménorrhée à l'aménorrhée complète. La compression directe par la tumeur permet dans quelques cas de les expliquer ; pour les autres, on fait intervenir l'anémie des organes pelviens due à la compression de l'aorte (BRAQUEHAYE). A ce moment de son évolution, la tumeur a acquis un volume suffisant pour être décelée par l'examen direct.

L'examen clinique montre à l'inspection parfois une tumeur visible à jour frisant, ou faisant saillir asymétriquement le ventre, mais disparaissant sous la contraction des muscles de la paroi. Dans quelques observations cependant, le point culminant de la tumeur au lieu d'être médian et péri-ombilical est situé à droite ou à gauche. Cette tumeur quant à sa forme, rappelle le ventre en obusier ; ce n'est pas le ventre étalé de l'ascite. Parfois on observe une circulation veineuse collatérale nette, dans d'autres cas elle manque. L'ombilic est normal, non déplissé.

Si la tumeur n'est pas visible, elle est toujours palpable à ce stade. On la perçoit arrondie, globuleuse, régulière ou bosselée. Sa paroi est lisse, tendue, élastique. Sa consistance est ferme, rénitente, exceptionnellement fluctuante. La tumeur en dehors des com-

plications est indolente. C'est une tumeur franchement abdominale, à limites nettes, située dans la région péri-ombilicale, laissant toujours un vide sus-pubien ou sous-costal appréciable.

Sa mobilité est pathognomonique. Cette tumeur est mobile spontanément lorsque le malade se déplace. A l'examen on observe une mobilité extrême, surtout dans le sens transversal ; de plus, elle est mobile avec la respiration (mobilité respiratoire axiale de Tillaux), bien que la tumeur n'adhère pas au diaphragme (MINKOWSKI). Cependant, cette mobilité diminue s'il y a des phénomènes inflammatoires, disparaît si par son volume la tumeur est bloquée dans l'abdomen.

La palpation permet encore de sentir au-devant de la tumeur, surtout si celle-ci est profonde, le gargouillement ou la contraction d'une anse intestinale.

La percussion en est mate, mais il est très difficile d'arriver à percevoir la mince bande de sonorité qui pourrait correspondre au passage de l'anse grêle qui l'entoure. (Signe de Tillaux). Parfois, la tumeur peut prendre contact avec la paroi au niveau d'une de ses faces mésentériques et dans ce cas il n'y a pas de sonorité au-devant d'elle, mais cela nous paraît un peu théorique.

En résumé, tumeur d'une mobilité extrême, franchement abdominale (et le toucher vaginal combiné au palper abdominal montre qu'il n'existe aucune connexion entre la tumeur et l'utérus) ne donnant pas de ballottement rénal, dont il est facile par les examens para-cliniques (cystoscopie, cathétérisme) de

se rendre compte qu'elle n'appartient pas à un viscère de l'abdomen. On est en droit de penser à une tumeur du mésentère.

La radiographie a permis dans plusieurs cas de préciser le diagnostic. Pratiquée après ingestion de baryte, elle renseigne sur la localisation de la tumeur délimitée par les anses refoulées, son volume, ses adhérences. Mais elle renseigne exceptionnellement sur la nature du kyste, bien que dans des cas rares de kystes dermoïdes on ait pu voir sur les clichés l'ombre des dents.

L'évolution est indéterminée, entrecoupée d'épisodes douloureux. On observe une exagération progressive des troubles fonctionnels avec troubles digestifs (la diarrhée revêt parfois un caractère incoercible) troubles vasculaires avec ascite, œdème des membres inférieurs, troubles respiratoires. On voit parfois une pleurésie réactionnelle, plus souvent une simple dyspnée de compression. A la longue, si le malade échappe aux complications qui sont la règle, les troubles digestifs s'exagèrent avec anorexie, diarrhée incoercible et le malade meurt de cachexie.

Les *complications* du kyste du mésentère sont assez fréquentes ; parmi ces complications, l'occlusion est certes au premier plan. Cette occlusion revêt tous les degrés. Le plus souvent, il s'agit de simples crises de subocclusion qui peuvent s'expliquer soit par un volvulus partiel de l'anse grêle enroulée autour du kyste, soit par l'étirement et la compression de l'intestin. Ces crises douloureuses avec vomissements,

parfois arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, cèdent en général au bout de quelques jours par de simples moyens médicaux. Il n'est d'ailleurs pas indiqué d'opérer pendant ces périodes de subocclusion ; il vaut mieux opérer « à froid », quand le cours des matières est parfaitement rétabli.

Toute autre est l'occlusion intestinale aiguë, caractérisée, observée dans les kystes de petit ou moyen volume, déterminée par une coudure, une adhérence, rarement une invagination, plus souvent par un volvulus. Cette occlusion commande une intervention chirurgicale d'extrême urgence. La gravité de ces cas est d'ailleurs beaucoup plus considérable que celle des cas opérés en dehors de toute occlusion.

Il y a certains cas de volvulus qui n'entraînent pas d'occlusion intestinale aiguë et qui se réduisent spontanément, mais ces volvulus partiels ne vont pas sans entraîner des adhérences secondaires qui rendront l'intervention chirurgicale plus difficile.

La rupture du kyste et son ouverture dans le péritoine est un accident exceptionnel que nous n'avons trouvé signalé qu'une fois dans l'observation de CHAUVENET, de Thouars, rapportée le 6 avril 1932 à la Société de Chirurgie de Paris, par M. MOURE : « il semble bien que le plus souvent les kystes du mésentère se manifestent à l'occasion d'une complication. Le volvulus est certainement la complication la plus fréquente et il semble bien que la rupture soit exceptionnelle » (MOURE).

Enfin, nous devons signaler l'infection, accident possible, mais rare, infection qui se constitue par voie sanguine à la suite d'une angine, d'une grippe, ou d'une affection génitale chez la femme. L'infection crée des adhérences du kyste avec les feuillets du mésentère, fait disparaître les plans de clivage et c'est dans de tels cas que le chirurgien peut être mis en demeure de pratiquer une simple marsupialisation.

Formes cliniques

Les kystes du mésentère sont fréquemment latents et découverts à l'occasion d'une complication. Ces formes latentes ont attiré depuis des années l'attention de différents auteurs. MOYNIER (Compte Rendu de la Société de Biologie, 1850) cite le cas d'une femme qui vint à l'hôpital pour un cancer de l'utérus ; elle mourut au bout de peu de temps. A l'autopsie on constata une tumeur du mésentère qui était située un peu en dehors et au-dessus du rein. Elle n'avait jamais rien senti, ni éprouvé aucun phénomène qui put en faire supposer l'existence.

BROCA cite le cas d'une tumeur trouvée sur le cadavre d'un vieillard : il n'avait jamais présenté comme symptôme que de la constipation à laquelle personne n'avait attaché d'importance. Il fut pris un jour de vomissements ; des phénomènes d'occlusion se précipitèrent et la mort en fut la conséquence.

PÉAN (*Traité sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin*) écrit : « un point important de l'histoire pathologique des tumeurs mésentériques est leur indolence et le peu de troubles fonctionnels qu'elles entraînent malgré leur volume et leurs poids parfois excessif ; il en résulte que leur évolution se

fait en quelque sorte à l'état latent et sans altérer la santé générale ».

Plusieurs observations concernant des cas latents ont été publiées par WATTS, SPENCER WELLS, PÉAN.

BROOKLOUSE, dans le *British Medical Journal* de 1890, publie le cas d'un malade qui avait une tumeur du mésentère pesant 13 livres et n'avait jamais éprouvé la moindre douleur.

Ces formes latentes sont souvent révélées par une complication dramatique : occlusion intestinale aiguë par volvulus partiel de l'intestin grêle chez le malade de REINHOLD ; signes péritonéaux par rupture du kyste, chez le malade de CHAUVENET, de Thouars.

Certaines formes du kyste mésentérique sont caractérisées par une constipation opiniâtre. C'est souvent le signe prédominant.

Enfin, les formes avec ascite sont absolument exceptionnelles. Les plus volumineux kystes s'en passent et dans les observations qui signalent la coexistence d'une ascite libre, il s'agissait de tumeur maligne du mésentère et non pas de kyste.

Signalons encore les formes avec diarrhée, avec aménorrhée complète chez la femme, des formes douloureuses. La multiplicité de ces aspects cliniques augmente considérablement la difficulté du diagnostic clinique.

Diagnostic

Le diagnostic de kyste du mésentère est sans doute l'un des plus, sinon le plus difficile de la pathologie abdominale.

Il convient dans une première étape de localiser la tumeur au mésentère.

Toutes les erreurs ont été commises. La lecture des observations montre que de nombreux diagnostics ont été discutés avant que l'opération chirurgicale ait révélé la topographie de la tumeur.

Chez certains malades on perçoit une tumeur limitée ; il convient alors d'éliminer une *splénomégalie*. Mais, la grosse rate occupe avant tout l'hypocondre gauche. Elle se dirige parfois en bas et en avant, devenant alors franchement abdominale, mais son bord externe crénelé permet en général de la reconnaître aisément. D'autre part, les examens de sang sont négatifs ; la formule sanguine se montre normale.

Un *Kyste hydatique* pédiculé du lobe droit du foie peut prêter à erreur ; de même un *adénome* solitaire.

Dans certains cas, le premier diagnostic porté a été celui de *Kyste pancréatique*. Mais le kyste du pancréas est plus fixe, il déroule l'anneau duodénal et cela est facilement constaté à la radiographie.

Une très volumineuse *hydronéphrose* peut aussi simuler un kyste du mésentère : c'est là un diagnostic très difficile et seules les explorations urinaires (cathétérisme urétéral, séparation des urines, pyélographie) peuvent faire le départ entre les deux affections.

Un diagnostic reste particulièrement difficile : la *tumeur paranéphrétique*, qu'il s'agisse de fibro-lipome ou de kyste, généralement prise pour une tumeur du mésentère.

Citons encore l'erreur possible avec une *tumeur caeco-colique, gastrique*, avec certains *kystes rétro-péritonéaux* contenus dans le mésocôlon ascendant ou descendant, avec les *kystes du grand épiploon*, très rares, avec un volumineux *kyste de l'ovaire* à long pédicule, et devenu franchement abdominal.

Autrefois, la majorité des kystes du mésentère étaient homologués aux kystes de l'ovaire et c'est l'autopsie qui venait révéler la topographie de la tumeur abdominale.

Dans les cas où, à l'examen on sent une tumeur mal limitée, la nature exacte de l'affection abdominale n'est pas toujours aisée à préciser. On peut dans ces conditions discuter une *péritonite tuberculeuse cloisonnée*, une *adénopathie tuberculeuse* ou *néoplasique*, une *écchinococcose péritonéale*.

Mais, le diagnostic clinique n'est pas tout ; il faut encore au cours de l'opération faire le diagnostic de tumeur mésentérique, ce qui est facile, celui de kyste — ce qui est plus difficile. C'est alors qu'il convient

d'éliminer les tumeurs fibreuses, les lipomes, les sarcomes, le kyste hydatique du mésentère.

Ce diagnostic opératoire n'est pas suffisant. Il faut également demander un examen histologique de la tumeur, pour préciser s'il s'agit de chylangiome kystique ou de kyste entéroïde, notion d'un très grand intérêt théorique.

Le diagnostic d'un kyste du mésentère compliqué ne se fait pratiquement pas ; en présence d'une occlusion ou d'une péritonite, il est impossible de rapporter ces complications à leur véritable cause ; l'essentiel est de porter un diagnostic opératoire.

Traitement

La gravité du kyste mésentérique et la fréquence de ses complications expliquent la nécessité d'un traitement chirurgical.

Les kystes du mésentère peuvent être ponctionnés, extirpés, marsupialisés.

Tout le problème chirurgical est dominé par la blessure possible des vaisseaux mésentériques et de l'intestin. Ce danger fait discuter plusieurs méthodes : la ponction, la marsupialisation, l'énucléation simple, l'extirpation du kyste et du segment d'intestin grêle y attenant.

La ponction simple fut préconisée jadis. AUGAGNEUR l'a défendue. En réalité, il s'agit là d'un procédé dangereux, aveugle et inefficace. On doit la rejeter systématiquement en tant que méthode curative. Elle peut blesser des vaisseaux et déterminer des hémorragies intrapéritonéales graves ou des hématomes sous-séreux importants.

Elle peut déterminer une péritonite si le kyste est infecté ou si l'on perfore l'anse intestinale pré-kystique. Elle est inefficace ; en effet, le liquide se reproduit après elle. Un malade de RECLUS dut être ponctionné cinq fois. On a proposé d'y adjoindre des injections

modificatrices d'iode, afin de scléroser la paroi du kyste.

TIMBAL qui a recherché tous les cas de ponction simple, ne trouve qu'une guérison clinique : celle de BRISTONE. En réalité les cas de morts après ponction sont nombreux.

La ponction, à l'heure actuelle ne peut constituer qu'un temps opératoire après la laparotomie ; au cas de kyste très volumineux et gênant, on peut être autorisé à ponctionner avec un trocart aspirateur afin de faciliter les manœuvres d'extirpation.

La marsupialisation est au contraire une méthode intéressante. C'est à cette méthode qu'on s'adressera au cas de kyste très adhérent aux vaisseaux, aux feuillets du mésentère et surtout à la paroi postérieure. Après incision cutanée sur la voussure que forme le kyste et attraction de la tumeur dans l'incision, on l'ouvre, et on la fixe à la paroi.

Il convient de bien protéger le péritoine au cours de cette intervention. On marsupialise en suturant les bords du kyste au péritoine et à la paroi abdominale.

On met en place un gros drain que l'on pourra enlever à partir du 8^e jour quand des adhérences péritonéo-kystiques solides se seront constituées.

VILLARD fixe avant de l'ouvrir, le kyste à distance du sommet de la tumeur et résèque ensuite la portion exubérante.

HAUZEL complète l'intervention par des injections de liquide caustique pour hâter la cicatrisation de la fistule.

Ce procédé a pour avantage majeur sa simplicité d'exécution. Il convient particulièrement aux malades fatigués, amaigris ou cachectiques. Il convient aussi aux kystes suppurés.

Mais, par contre, il n'est pas le procédé de choix, car les suites opératoires ne sont pas simples. On peut observer des hémorragies secondaires se produisant dans la poche, une occlusion secondaire par adhérences sur lesquelles vient se couder l'intestin grêle. Enfin, la suppuration de la poche qui s'infecte sans s'effacer.

Si quelques récidives ont été observées, on ne peut pas ne pas reconnaître qu'il s'agit là d'un procédé simple, facile, peu shockant, qui fournit des guérisons à longue échéance (BEURNIER, 1 cas ; TIMBAL, 15 cas). C'est la méthode de choix en présence d'un kyste très adhérent ou d'un kyste multiloculaire.

L'énucléation est théoriquement la méthode idéale. Elle consiste après laparotomie médiane à décortiquer soigneusement la tumeur, l'enlever en bloc, faire une hémostase soigneuse et fermer sans drainage.

C'est la méthode soutenue par DURET, DUPLAY et RECLUS. Ce procédé peut paraître très séduisant et a donné de beaux succès. CHAUVENET guérit son malade en pratiquant aisément la simple énucléation. En pratique, la fréquence et l'importance des adhérences avec l'intestin et les vaisseaux du mésentère rendent ce procédé difficilement applicable. Les inconvénients sont nombreux. Il s'agit d'une opération longue, difficile ; shockante — on irrite le plexus solaire (cas de

mort subite ; à un degré moindre, syncope, cyanose légère).

De plus, ainsi que le fait remarquer RASCH, il est arrivé qu'au cours des manœuvres opératoires, on enlève une partie du mésentère en privant l'intestin d'un vaisseau important, d'où nécrose et perforation.

De plus, on observe des cas d'occlusion intestinale post-opératoire, des adhérences venant couder l'intestin ou obstruer sa lumière.

C'est une méthode qui évidemment doit être tentée. Mais rapidement le chirurgien devra, si les adhérences rendent l'énucléation tant soit peu délicate, recourir soit à la marsupialisation chez les sujets à mauvais état général, soit à l'extirpation avec résection intestinale chez les sujets résistants.

BAZIN (*Thèse de Paris, 1907*) écrit : « La méthode opératoire si souvent employée : l'énucléation, augmente la gravité de l'opération. Ce procédé est tout indiqué quand la tumeur est petite et peu adhérente ; dans ce cas, l'opération est simple et rapide ; elle doit toujours réussir, car elle ne produit aucun dégât sérieux et de plus, la malade est opérée avant que la tumeur n'ait produit des troubles graves.

Il n'en est plus de même quand la tumeur est volumineuse : il faut pour l'énucléer déchirer beaucoup de nerfs et de vaisseaux qui sont utiles au bon fonctionnement de l'intestin.

Il ne faut pas non plus négliger les tiraillements que l'on est obligé d'exercer sur les nerfs et, en particulier, sur le plexus solaire ».

Pierre DUVAL pense que la simple énucléation est à réserver aux cas où « elle n'est pas rendue trop difficile par des adhérences intimes de la poche kystique aux vaisseaux et aux organes voisins ».

L'extirpation avec résection intestinale est le procédé de choix chez les sujets résistants, non tarés, à bon état général. La résection intestinale sera faite suffisamment large pour éviter le sphacèle secondaire ou l'occlusion paralytique. Elle devra être d'autant plus large que le vaisseau lésé sera plus important et plus près de la racine du mésentère.

C'est le procédé que conseillaient déjà en 1912 dans leur article de la *Revue de Gynécologie*, MM. PROUST et MONOD. C'est la méthode qui a fourni de si beaux résultats à REINHOLD, à LÉONTÉ (Bucarest), à MILIANITCH (Belgrade).

En résumé, il s'agit là d'un traitement chirurgical très délicat et nécessitant beaucoup d'éclectisme.

L'énucléation doit toujours être tentée en sachant que les kystes dermoïdes et les kystes entéroïdes sont les plus aisément énucléables. Pour peu qu'on ait de la difficulté (adhérences, état de l'anse intestinale), l'énucléation sera complétée par l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale. Si l'état du malade ne le permet pas, on se contentera d'une marsupialisation. C'est aussi à ce dernier procédé que l'on s'adressera aux cas de kystes infectés ou profonds tenant à la racine du mésentère.

La gravité est indéniable cependant, puisque 20 énucléations ont donné 5 morts, soit 25 % de mortalité ; 22 marsupialisations, 2 morts, soit 10,1 % de mortalité. S'il y a entérectomie, on devra tenir compte pour établir le pronostic de la situation de l'anse et de la longueur du segment réséqué.

Observations

OBSERVATION I

(REINHOLD)

(*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. LVIII, 1932, p. 523).

Enfant de 5 ans, vu en période d'occlusion confirmée.

Antécédents : Depuis deux ans, crises douloureuses abdominales intermittentes, avec distension, vomissements et constipation. Ces crises durent 2 à 3 jours et se reproduisent toutes les deux ou trois semaines. Dans l'intervalle de ces crises, on aurait constaté une masse dure dans la partie moyenne de l'abdomen.

Le début de la crise actuelle remonte à 5 jours, mais il n'y a pas eu de garde-robe depuis 6 jours et plus de gaz depuis 48 heures. Le ventre est distendu, mais la fosse iliaque paraît vide, tandis que la partie gauche et supérieure de l'abdomen semble particulièrement augmentée de volume.

Tout le ventre est douloureux et au cours de l'examen, l'enfant a un vomissement porracé. La température est à 37°5, le pouls à 90.

L'intervention chirurgicale est décidée.

Anesthésie : Ether chaud. Laparotomie sus et sous-ombilicale para-médiane gauche. A la partie supérieure de l'incision s'échappe une anse grêle très distendue, épaisse et congestive. Immédiatement on découvre une grosse tumeur qui présente au moins les dimensions de deux gros poings. Il s'agit d'un volumineux kyste du mésentère, qui est venu prendre contact avec le grêle qu'il déborde de chaque côté. Les vaisseaux mésentériques sont comme incrustés dans sa paroi. On tente de le libérer pour l'énucléer, mais la chose est impossible. On ponctionne alors le kyste et on l'extériorise avec l'intestin voisin, pour pratiquer une résection. Mais, en examinant la région, on découvre en haut et à gauche le cæcum et l'appendice et on se rend compte qu'il existe un volvulus complet de la moitié droite du gros intestin et de la terminaison du grêle autour du kyste, ce dernier siégeant à environ 6 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Le volvulus est réduit, le kyste et la partie adjacente du grêle sont réséqués en bloc. Sutures termino-terminales et réfection du mésentère. Le côlon ascendant en raison de l'éloignement du cæcum de l'incision de laparotomie ne peut être fixé. Réunion sans drainage.

Examen anatomo-pathologique de la pièce (D^r SCHILL) :

a) *Macroscopique*. — La pièce mesure 20 cm. sur 15. Le kyste est irrégulier, présente une cavité lisse dont la paroi laisse apparaître de fines arborisations

vasculaires. Son contenu est un liquide citrin et clair.

b) *Microscopique*. — Kyste séreux. Absence de cellules épithéliales ; présence, sous un feutrage, de fibrilles connectives limitant la cavité, d'un tissu réticulé, avec ébauches lymphoïdes ; paroi par ailleurs richement vascularisée.

Les suites ont été excellentes. L'état de l'enfant est parfait : il n'a plus souffert, a engraisé régulièrement.

L'examen radiologique (D^r DARBOIS) a montré un cadre colique en place, une mobilité cæcale qui n'est pas exagérée et un transit intestinal-normal.

OBSERVATION II

CHAUVENET (de Thouars)

(In *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, avril 1932, p. 526-528).

Homme âgé de 23 ans, fait une chute sur le ventre. Aussitôt, le malade présente des phénomènes graves de shock et un vomissement sanglant.

Le médecin appelé constate une contracture intense de la région sus-ombilicale de l'abdomen et fait le diagnostic de péritonite. Le malade est conduit d'urgence à l'hôpital de Thouars.

Le malade est pâle, très shocké. Son pouls est à 120 ; sa température est de 37°8.

« Le ventre est extrêmement douloureux, surtout

à l'épigastre. A ce moment la paroi est de bois et sa simple percussion arrache des cris au patient ».

Matité hépatique normale. Submatité dans les flancs.

On décide d'intervenir, le diagnostic posé étant celui de rupture de viscère abdominal.

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une incision médiane sus-ombilicale. Le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide ayant l'aspect d'un lait de chaux légèrement teinté de rose. Ce liquide est sans odeur. L'exploration de l'estomac, de la vésicule, du côlon est négative. Mais, on est immédiatement frappé par l'aspect du mésentère : « il existe là une infiltration par larges traînées blanches, laiteuses, formant une nappe large au niveau de la racine mésentérique ».

A 50 cm. de l'angle duodéno-jéjunal on découvre un kyste du mésentère, encore gros comme 3 poings, présentant un orifice de rupture à bords déchiquetés sur la face droite du mésentère. Ce kyste atteint presque la base du méso et son pôle distal est à 3 cm. du bord mésentérique de l'intestin. Il existe un autre orifice de rupture sur le pôle du kyste le plus proche de la base du mésentère.

« Je pratique l'exérèse du kyste. Cette intervention est rendue délicate par des adhérences vasculaires que je dois disséquer de très près au bistouri. Je puis cependant mener à bien cette exérèse, sans avoir lésé le moindre vaisseau.

Suture de la brèche séreuse.

Suture pariétale en 3 plans. Drainage sus-pubien pendant 24 heures.

Suites opératoires parfaites de simplicité.

Ce malade opéré le 22 août 1928, a été revu le 23 octobre, soit deux mois après l'intervention. Il a considérablement engraisé et n'a plus les troubles douloureux de l'abdomen dont il se plaignait avant l'accident. »

Examen de la paroi du kyste (Mlle DUBREUILH) ; on peut distinguer :

1°) Une couche extérieure de tissu adipeux.

2°) Une épaisse couche fibreuse, bien limitée de part et d'autre, formée de grosses fibres tassées, avec dans leurs interstices des cellules fixes, fusiformes ou racémeuses, mais pas de cellules rondes.

Aucune trace de réaction inflammatoire.

3°) Une membrane muqueuse dont la surface intérieure est tapissée d'un épithélium à cellules cubiques. Elles reposent sur une couche de tissu cellulaire embryonnaire constitué par des cellules ramifiées, de rares fibrilles conjonctives et de nombreuses cellules rondes.

Ce tissu est rempli de très nombreux vaisseaux dont un bon nombre contient du sang et lui donne un aspect angiomateux. Leur endothélium est gonflé et fait saillie dans la lumière. Ces vaisseaux arrivent jusqu'au contact de l'épithélium. Il n'y a pas trace de glandes muqueuses ou autres. Il s'agit donc d'un kyste mésentérique qui n'est pas d'origine intestinale.

OBSERVATION III
MILIANITCH (de Belgrade)

(*Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir.*, tome LIX,
n° 28, 4 novembre 1933, p. 1.269).

Homme de 29 ans, connaissant l'existence de sa tumeur abdominale ; mais celle-ci n'entraînait aucun trouble fonctionnel : pas de vomissements, transit intestinal normal, pas d'amaigrissement, état général excellent.

A l'examen : tuméfaction sous-ombilicale, assez volumineuse, se déplaçant avec la respiration. Pas de circulation collatérale.

Au palper : la tuméfaction se révèle dure, régulière, ovoïde, lisse et élastique, absolument indolente, facilement mobilisable dans tous les sens.

Dans la position de Trendelenburg, la tumeur vient presque sous la base du thorax.

A la percussion la tumeur est mate dans toute son étendue.

« La régularité, la situation médiane et relativement superficielle de la tumeur, ces divers caractères et surtout sa grande mobilité, nous font porter — les diagnostics de kyste hydatique du foie, grosse rate, kyste du pancréas, péritonite tuberculeuse et adénopathie mésentérique éliminés — le diagnostic de kyste du mésentère ou de tumeur de l'épiploon ».

Opération : sous anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sérosité intra-péritonéale. On aperçoit une grosse tuméfaction légèrement bleuâtre, encapuchonnée par une assez longue anse intestinale. On se rend compte qu'il s'agit d'un kyste inclus dans le mésentère et siégeant assez loin tant du cæcum que de l'angle duodéno-jéjunal. La tumeur est grosse comme une tête d'enfant. Un de ses pôles est entouré par une anse intestinale, tandis que l'autre plonge presque jusqu'à la racine du mésentère. Le kyste est entouré d'un très riche réseau vasculaire constitué par les vaisseaux mésentériques distendus. La ponction du kyste avec une mince aiguille ramène du liquide lactescent. On hésite entre l'énucléation et la résection intestinale et on se décide pour ce dernier procédé.

« La décision est prise et on coupe l'intestin de chaque côté de la tumeur à quelques centimètres de l'endroit où il lui est encore adhérent ; on sectionne le mésentère en coin et on enlève en bloc tumeur et anse intestinale. L'intestin est anastomosé bout à bout, en deux plans ; les ligatures et la suture du mésentère sont faites avec soin.

Fermeture de l'abdomen sans drainage ».

Suites opératoires simples.

Examen histologique (Professeur СНАНОВИТЧ) montre qu'il s'agit d'un kyste juxta-intestinal entéroïde.

OBSERVATION IV
LÉONTÉ (de Bucarest)

(*Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie*,
tome LVIII, n° 21, 2 juillet 1932, p. 982).

Enfant de 17 ans qui, depuis deux ans, s'est aperçu qu'il avait une tumeur de la région épigastrique, tumeur qui entraînait des douleurs et des troubles digestifs survenant par crises. Les crises devenant fréquentes, le malade se décide à se faire opérer.

A l'examen : abdomen volumineux par le fait d'une tumeur médiane, mobile, lisse, du volume d'une tête de fœtus, de forme régulière, ovoïde, rénitente, non adhérente à la paroi abdominale. Il existe de la matité dans toute son étendue.

En présence de ces constatations, et surtout de la régularité, de la mobilité et de la consistance de la tumeur, on pose le diagnostic de Kyste du Mésentère.

Opération — Anesthésie générale : Kélène. Ether.

Incision para-médiane droite à travers la loge du muscle droit antérieur. On trouve un kyste de la dimension d'une tête de fœtus, ovoïde et très mobile. Ce kyste est inclus dans le mésentère, à 25 cms. environ de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin grêle est plaqué sur sa partie antérieure. Le kyste est tordu de 90°. Les vaisseaux mésentériques sont très distendus.

On pratique l'énucléation du kyste, mais au cours

de l'énucléation, en décollant l'intestin, on déchire l'intestin et le kyste sur une longueur de 2 cms. L'extirpation est faite sans traumatisme vasculaire. On suture la déchirure intestinale en deux plans ; hémostase ; suture de la paroi abdominale, sans drainage. Suites opératoires normales.

Examen histologique (MARINESCO-SLATINA) : montre qu'il s'agit d'un kyste entéroïde.

OBSERVATION V

(J. MARTIN (de Toulouse)

(*Société de Chirurgie de Toulouse*, séance du 30 mai 1930, in *Toulouse Médical*, 1^{er} juin 1931).

Femme de 42 ans, présentant depuis longtemps des troubles gastro-intestinaux et des douleurs paroxysmiques para-ombilicales. Elle signale en outre l'existence de sa tumeur abdominale.

A l'examen : la tumeur est située à gauche de l'ombilic, de la grosseur d'un poing d'adulte, arrondie, très facilement mobilisable d'un plan à l'autre.

On pose le diagnostic de tumeur du mésentère.

Opération : sous-anesthésie rachidienne complétée par du balsoforme. A l'ouverture du péritoine, tumeur arrondie, lisse, élastique, située dans le mésentère à 5 ou 6 cms. du bord intestinal, très près au contraire du bord adhérent, presque au contact de la colonne vertébrale. L'énucléation paraît impossible. La résec-

tion intestino-mésentérique paraît possible, mais alléatoire, à cause de la partie profonde de la tumeur située près de l'insertion du mésentère et de l'artère mésentérique. On se décide cependant pour ce dernier procédé. Au cours de l'extirpation on parvient à enlever la pièce sans léser l'artère mésentérique. On pratique une anastomose intestinale latéro-latérale au fil de lin. Suture de la brèche mésentérique ; MIKULICZ.

Suites opératoires : normales.

Examen histologique (Professeur ARGAUD) : chylangiome kystique.

OBSERVATION VI (MM. PROUST et MONOD)

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, tome XIX, année 1912, p. 247).

Femme de 67 ans, se plaignant de douleurs abdominales.

A l'examen : on sent une masse volumineuse, grosse comme une tête de fœtus à terme, occupant la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic. Elle est mate, rénitente, peu mobile. Rien au toucher vaginal.

La palpation abdominale et les essais de mobilisation de la tumeur réveillent une douleur assez vive.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Intervention : sous-anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le ventre ouvert on voit immédiatement qu'il s'agit d'un kyste inclus entre les deux feuillets du mésentère de l'intestin grêle et directement encerclé par une anse intestinale.

Il est impossible de songer à libérer la tumeur ; en effet une incision faite sur le feuillet supérieur du mésentère montre qu'il n'existe pas de plan de clivage entre ce feuillet et le kyste.

D'autre part, pour enlever la tumeur avec la partie du mésentère qui l'entoure, il faudrait pratiquer une série de ligatures qui risqueraient de compromettre gravement la vitalité de l'anse intestinale correspondante. On décide de pratiquer une résection intestinale.

Résection intestinale d'environ 40 cms ; ablation du kyste et de son mésentère. Fermeture des deux bouts intestinaux et anastomose latéro-latérale au fil de lin pour rétablir la continuité de l'intestin.

Il est impossible vu son étendue de suturer la brèche mésentérique. On laisse à son contact un drain et deux mèches.

Suites opératoires troublées par des vomissements noirâtres, fréquents. — Guérison.

Examen histologique (M. LATTEUX). — Il s'agit d'un kyste à contenu chyleux constitué probablement au contact peut-être aux dépens d'un ganglion lymphatique. Le liquide contenu dans le kyste paraît avoir été en partie élaboré sur place, et non amené par les lymphatiques au moins sous sa forme définitive.

OBSERVATION VII

(LAUENSTEIN)

(*Zentralblatt für Chirurgie*, n° 34, 1893, p. 746).

Homme de 31 ans. Le malade, sans que mention soit faite d'un traumatisme, avait ressenti de violentes douleurs pendant 3 jours.

On voit apparaître peu après une tumeur qui atteignait le volume de la tête ; cette tumeur médiane descendait jusqu'au pubis ; mate à la percussion, elle présentait une fluctuation nette.

Une ponction exploratrice permit de retirer un liquide rouge sanglant.

Le diagnostic de kyste du mésentère est porté.

Opération : la tumeur est énuclée. Bien qu'elle fut très adhérente aux feuillets du mésentère. Pas de résection intestinale.

Guérison.

OBSERVATION VIII

(BLANC)

(*Loire Médicale*, septembre 1896 ; cité par WIESS : dans *Loire Médicale*, 1910, n° 5).

Homme de 29 ans, entre à l'hôpital le 10 mars 1894, pour tumeur abdominale. Il y a deux ans, douleur brusque et vive dans la région ombilicale, sans que

l'on puisse déceler de traumatisme ; l'augmentation de volume du ventre a commencé il y a 8 mois. Troubles digestifs. Bon état général.

La tumeur médiane sous-ombilicale, descend à 3 travers de doigt du pubis, mobile transversalement et dure. Les organes du petit bassin ne présentent avec elle aucune connexion.

On porte le diagnostic de kyste du mésentère.

Opération : Incision médiane. La tumeur est adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon. Ces adhérences sont facilement rompues et par ponction on retire environ un litre de liquide hématique. L'énucléation de la tumeur est pénible et demande environ une heure.

On laisse seulement une partie du kyste large environ comme une pièce de 2 francs, et par trop adhérente à l'intestin.

Fermeture du ventre en 3 plans sans drainage. La malade guérit sans incidents et quitte l'hôpital au bout de 4 semaines.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION IX

(MONPROFIT)

(XX^e Congrès Français de Chirurgie de 1907)

Femme de 63 ans, souffre du ventre depuis 6 mois environ ; les douleurs s'exagèrent dans la station

debout et surtout à la marche. Depuis ce moment, elle remarque que son ventre grossit peu à peu.

Depuis 3 mois, les douleurs deviennent plus aiguës quand elle travaille et irradient du côté des reins. Son ventre augmente alors plus rapidement de volume pour atteindre les dimensions actuelles.

Etat général excellent ; n'a pas maigri.

Le ventre est très augmenté ; la peau paraît très tendue, l'ombilic n'est pas déplissé.

Au palper, on constate que l'abdomen est rempli par une tumeur arrondie, présentant à peu près le volume d'une grossesse de 8 mois, molle, mais fluctuante.

Cette masse présente une mobilité remarquable dans le sens transversal, peu de mobilité de haut en bas.

A la percussion, matité absolue au niveau de toute la masse. Rien au toucher vaginal.

Opération le 11 juin 1907, sous-anesthésie au chloroforme.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on aperçoit une masse arrondie, incluse dans le mésentère.

L'intestin grêle passe en écharpe devant la tumeur partant de sa partie supérieure gauche, passant sur son milieu et venant jusqu'à sa partie inférieure et droite.

On décide de pratiquer la résection de la tumeur et de l'anse intestinale adhérente. Cette anse se trouve être à la terminaison de l'iléon : car on voit le cæcum

à 10 cms. au-dessous du point où l'intestin grêle redevient libre.

La longueur d'intestin à enlever est de 1 m. 50 environ ; mais après l'ablation, elle se trouve être de 2 mètres.

Ablation de la tumeur. Fermeture des deux bouts intestinaux, puis anastomose latéro-latérale ; fermeture de la brèche mésentérique.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

Conclusions

I. — Parmi les différentes variétés de kystes du mésentère, il y a lieu d'en retenir deux qui sont de beaucoup les plus importantes :

- le lymphangiome kystique ;
- le kyste entéroïde ou juxta-intestinal.

II. — Le kyste sanguin n'est pas une entité anatomopathologique, mais un kyste séreux devenu hémorragique soit par suite d'un traumatisme, soit par suite d'un processus analogue à celui de la pachyvaginalité.

III. — La symptomatologie de ces kystes est très fruste ; un seul symptôme mérite d'être individualisé : c'est l'extrême mobilité de ces kystes.

IV. — Les complications sont plus fréquentes qu'on ne l'admettait classiquement et parmi ces complications, la plus courante est le volvulus de l'anse grêle attenante au kyste.

V. — Le traitement de choix de ces tumeurs paraît être, en dehors des périodes d'occlusion, l'ablation du kyste avec résection de l'intestin en rapport avec la tumeur et rétablissement immédiat de la continuité intestinale.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
PROUST.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. (*Thèse d'agrég.*, Paris, 1886).
- ALEXANDRE. — Kyste dermoïde à insertion mésentérique ; Kyste de l'ovaire concomitant. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, avril 1901, p. 292).
- ANDERSON. — Multipl cyst of stomach and small intestines. (*Brit. Med. Journ.*, 1895, p. 426).
- AXTELL. — Chylous cysts of the Mesentery. (*Ann. of Surgery*, 1911, tome LIII, p. 692).
- AYER. — Enteric and mesenteric cysts, with report of an unusual case. (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1906, n. s., t. CXXXI, p. 89).
- AREKION. — Les kystes sanguins du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1893).
- BAUER. — Ueber mesenteriale und retroperitoneale Cysten. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 1910, tome LXX, p. 829).
- BRAQUEHAYE. — Des kystes du mésentère. (*Arch. Gén. de Méd.*, 1892, 7^e s., tome XXX, vol. II, p. 291).
- BUCHVALT. — Ueber Darmcysten Enterokystome als Ursache eines complete Darmverschlusses. (*Deuts. Med. Woch.*, 1887, p. 868).
- BANTOCK. — Abdominal section in a case of cysts of the mesentery. (*In Jour. of the Amer. Assoc.*, 1891, t. XVII, p. 934, rapporté par GOGGANS).
- BERGMANN. — Ueber teratoïde Geschwulste in der Bauchhöhle und deren Operation. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, t. LXI, p. 648).

- BRAMANN. — Ueber Chyluscysten des Mesenteriums. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, t. XXXV, p. 201).
- BOLOGNESI. — Le Cisti del Mesenterico. (*Clinica Chirurg.*, 1911, t. XIX, n° 2, p. 293).
- BRUNETTI. — Kystes et néoplasmes du mésentère. (*Il Policlinica*, 1913).
- BRENTANO. — Ueber Mesenterial cysten, Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen. (*Berl. Klin. Woch.*, 1895, n° 18, p. 400).
- BENECKE. — Ileus durch Mesenterialcysten. (*Gesellsch. der Charite-Aerzte, Berl. Klin. Woch.*, 1897, p. 619).
- BROCA (A.) et DANIEL (C.). — Les kystes du mésentère dans l'enfance. (*Revue de Gynécol. et de Chir. abdom.*, 1905, tome IX, p. 447.)
- CHAVANNAZ et GUYOT. — *In Traité de Le Dentu et Delbet.*
- CUNÉO. — Un cas de kyste « dit du mésentère ». (*Arch. gén. de Méd.*, 1909, 86^e année, T. CC, p. 65).
- COLMERS. — Die Entero Kystome und ihre chirurgische Bedeutung. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1906, t. LXXIX, p. 132).
- CHAUVENET. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LVIII, 1932, pp. 526-528 (rapport de Moure).
- COTTE et SIGAUD. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Lyon Chir.*, mars 1912, tome VII, n° 3, p. 301 et avril 1912, n° 4, p. 426).
- CHAYSON. — Les kystes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1890).
- COLLET. — Les kystes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1889).
- DESGOUTTES et RICARD. — Kystes du mésentère. (*J. Chir.*, t. II, sept. 1928, p. 27).
- DOWD. — Mesenteric Cysts. (*Ann. of Surgery*, 1900, vol. XXXII, n° 4, p. 515).
- DRUCBERT. — Kyste séreux du mésentère (*Arch. gén. de Chir.*, 1908, t. II, p. 140).
- DITTRICH. — Ueber zwei Seltenere auf mangelhafte Involution des Ductus omphalo-mesaraicus z. beziehende Marmbefunde. (*Zeits. f. Heilkunde*, 1885, t. VI, u. 27è).

- DEFFAINES. — Kystes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1893-94).
- DUCASSET. — Kyste du mésentère. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1848).
- EVE. — On mesenteric cysts with two cases in young children subjected to operation. (*Med. Chir. Transact.*, Lond., 1897-98, t. LXXXI, p. 51).
- EPPINGER. — Sectionsergebnisse an der Prager pathologische anatomischen Schraustalt (*Vierteljahrsschrift f. d. prak. Heilk.*, 1873, I, pp. 56-57).
- ELTER. — Zur retroperitonealen Cystenbildung. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 1902, t. XXX, p. 558).
- EHLER. — Kystes dermoïdes rétro-péritonéaux. (*Arch. fur Klin. Chir.*, 2, II, 1910).
- FRENTZEL. — Zur Semiotik und Therapie der Mesenterialkysten (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1892, t. XXXIII, p. 129).
- FRAENKEL. — Ueber Cysten im Darmkanal. (*Virchow's Arch.*, 1882, t. LXXXVII, p. 275).
- FROHLICH. — Ein Fall von Jejunum duplex. (*Inaug. Diss. Halle*, 1891).
- FEHLEISEN. — Muscular fibres in wale of mesenteric cyst. (*Progressive Medicine*, San-Francisco, t. I, p. 15).
- FAEWELT. — Chyle cyst of mesentery intestinal obstruction. (*J. Trans. of the Pathol. Soc. of London*, 1902, t. LIII, p. 406).
- FUNKE. — Die Dermoïde der Bauch und Beckenhohle. (*Gegar's Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. III, p. 101).
- FRIEND. — Mesenteric Chyle cyst. (*Surg. Gyn. and Obst.*, juillet 1912, t. XV, p. 1).
- FERTIG. — Achsendrehung des Dundarms infolge von Mesenterialcyste. (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1900, t. LVI, p. 46).
- FETHERSTON. — A case of chyle cyst of the mesentery. (*The Austral Med. Journ.*, 1890, t. XII, p. 475).
- GFELLER. — Beitr. z. Kenntniss der angeborenen Darmzysten (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1902, t. LXV, p. 330).

- HAHN. — Ueber mesenteriale und retroperitoneale Cysten. (*Berl. Klin. Woch.*, 1887, t. XXIV, n° 23, p. 408).
- HUTER. — Beitr. z. Kenntniss der angeborenen Darmgeschwulste. (*Ziegl. Beitr.*, 1896, t. XIX, p. 391).
- HEDINGER. — Sasuitische Beitrage z. Kenntniss der Abdominalcysten. (*Virchow's Arch.*, 1902, t. CLXVII, p. 29).
- HONZEL. — Kystes dermoïdes du mésentère. (*Arch. provinciales de Chir.*, avril 1911, t. XX, n° 4).
- HINZ. — Ueber Chaluscysten. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1910, t. XCI, fasc. 3, p. 543).
- JILPSON. — Dermoid cyst of intestin and mesentery. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1905, t. I, n° 4, p. 319).
- KIRMISSON. — Rapport sur une observation de M. Soubeyran intitulée : Kyste dermoïde du mésentère; ablation totale de la poche; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir. de Paris*, 1912, t. XXXVIII, n° 9, p. 344).
- KLEFSTAD-SILLONVILLE. — Kystes chyleux du mésentère. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1892).
- KSOTLIVY. — Ein Beitrag zur Etiologie u. Kasuistik der Mesenterialzysten. (*Deut. Zeits. f. Chir.*, 1907, t. XCI, y. 351).
- KLEMM. — Ein Beitrag zur Genese der mesenteriale chylangiome. (*Virchow's Archiv*, 1905, t. CLXXXI, p. 541).
- LETULLE. — Kyste chyleux du mésentère. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, 1899, 74^e année, 6^e série, tome I, p. 521; et in *Presse Médicale*, 1899, n° 59).
- LAUNAY. — Sur une observation de Kyste dermoïde du méso-colon transverse (rapport de Potherat, in *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1903, tome XXIX, p. 923).
- LEVEQUE. — Kystes sanguins mésentériques. (*Thèse de Paris*, 1911).
- LECÈNE. — Kyste rétropéritonéal d'origine Wolffienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 200).
- LÉONTÉ. — Kyste du mésentère (rapport de Proust). (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LVIII, n° 21, juillet 1932, p. 982).

- MILIANITCH. — Volumineux kyste du mésentère. Résection intestinale large. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LIX, n° 28, 4-XI-1933, p. 1269).
- MASSET. — Fibromes du mésentère. (*Thèse de Lille*, 1894).
- MOYNIHAN. — Tumors of the mesentery. (*The Med. Chron.*, 1902, vol. XXXVI, 4^e série, tome I, p. 345).
- NIOSI. — Die Mesenterialzyten embryonalen Ursptungs. (*Virchow's Arch.*, 1907, t. CXC, p. 217).
- NASSE. — Ein Fall v. Entéro Kystome. (*Archiv f. Klin. Chir.*, 1893, t. XLV, p. 700).
- NAGER. — Beitr. z. Kenntniss Seltener Abdominal Tumoren. (*Beitr. z. pathol. Anat. z. allg. path.*, 1904, t. XXXVI, p. 88).
- PORTER. — Chylous Cyst of the mesentery. (*Ann. of Surgery*, 1906, tome XLIII, p. 380).
- PAPOWSKI. — Les kystes dermoïdes du mésentère. (*Archives générales de Chir.*, tome VI, n° 9 et 10, IX et X, 1912).
- PROUST et R. MONOD. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère et spécialement des kystes chyleux. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, tome XIX, n° 3, septembre 1912, pp. 225-270, 6 fig.).
- PÉAN. — Leçons de Chirurgie, 1877-1878.
- PERRIN et POLLOSSON. — Kystes chyleux du mésentère. (*Soc. des Sciences Médicales de Lyon*, tome I, décembre 1909).
- POTEL. — Pathologie des kystes du mésentère. (*Echo Médical du Nord* de 1902).
- ROQUES. — Kystes sanguins du mésentère. (*Thèse de Lyon*, 1900).
- REINHOLD. — Kyste du mésentère compliqué de volvulus du grêle et du colon (rapport de Picot). (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome , 1932, p. 521).
- RIETTI. — Kystes mésentériques d'origine surrénale. (*In Journal de Chirurgie*, tome 24, 1924, p. 791 (6 cas)).

- RITTER. — Zur Kenntniss der cystischen Lymphangiome im Mesenterium des Menschen. (*Zeits. f. Heilk. Sec. Anat.*, 1900, tome XXI, p. 31).
- SOUBEYRAN. — Rapport de Kirmisson. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1912, tome XXXVIII, pp. 344 et 602).
- SOULIGOUX. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1912, tome XXXVIII, p. 364).
- SUDHOFF. — *Archiv f. K. Chirurgie*, tome CXXIX, 1924, p. 495).
- TERRIER et LECÈNE. — Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. (*Revue de Chirurgie*, 1904, tome XXIX, p. 161).
- TILLAUX. — Kyste du mésentère chez l'homme ; ablation par la gastrotomie. (*Bull. de l'Académie de Méd.*, 1880, 2^e s., tome IX, p. 831).
- WILMS. — Ueber due Dermoïdcysten und Teratome mit besonderer Berücksichtigung der Dermoïde der Ovarien. (*Arch. f. klin. Med.*, 1895, t. IV, p. 289).
- WERTH. — Extirpation einer Cyste des Mesenteriums Ileï Gene-sung. (*Arch. f. Gyn.*, 1882, tome XIX, p. 321).
- ZWEIFEL. — Communication faite à la Société d'obstétrique de Leipzig, le 17 octobre 1867, in *Zentr. f. Gyn.*, 1888, t. XII, n° 27, p. 439).

TABLE DES MATIÈRES

Historique	17
Etiologie	20
Anatomie pathologique et pathogénie.....	21
1° Les kystes lymphatiques séreux ou chy- leux	22
2° Kystes entéroïdes	24
3° Les kystes dermoïdes.....	25
4° Kystes sanguins	26
Etude clinique	29
Formes cliniques	37
Diagnostic	39
Traitement	43
Observations	49
Conclusions	65
Bibliographie	67



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



